



Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Zamieszkały/a.....

Stwierdzam:

- ☐ Brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych, sportowo-rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu „Senior+” w Mławie.
lub
- ☐ Wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach Dziennego Domu „Senior+” w Mławie:
- ☐ sportowych
 - ☐ rekreacyjnych
 - ☐ aktywizujących

Ogólne informacje o stanie zdrowia (zdiagnozowane choroby, uczulenia, przyjmowane leki, itp.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

